

PITKÄAIKAISSAIRAAN OHJAUS

Diabetes ja munuaisten vajaatoiminta

Sonja Koistinen
Noora Sahisalmi

Opinnäytetyö
Toukokuu 2014

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) Koistinen, Sonja Sahisalmi, Noora	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 12.05.2014
	Sivumäärä 40	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi PITKÄAIKAISSAIRAAN OHJAUS Diabetes ja munuaisten vapaatoiminta		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Holma, Sinikka Rautiainen, Heli		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, osasto 11		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Pitkäaikaissairauksilla on suuri merkitys suomalaisen väestön elinajanodotteeseen, terveyteen sekä toimintakykyyn, ja niitä diagnosoidaan nykyään aiempaa enemmän. Pitkäaikaissairauksien hoidossa haasteena on lisätä potilaiden hoitoon sitoutumista ja parantaa pitkäaikaissairauden hoitotasapainoa. Motivaation ja omahoidon merkitys korostuu. Sairaanhoitaja on keskeisessä roolissa potilasohjauksen toteuttamisessa. Opinnäytetyössä ohjausta käsitellään diabeteksen ja munuaisten vajaatoiminnan näkökulmasta.</p> <p>Pitkäaikaissairaahan ohjaus on toimeksiantona toteutettu opinnäytetyö Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin (KSSHP) sisätautien osaston 11 käyttöön. Työmme tarkoituksena oli selvittää tutkitun tiedon perusteella, mitä on vaikuttava potilasohjaus ja mitä tekijöitä pitkäaikaissairaahan ohjauksessa tulee huomioida, sekä miten hoitoon sitoutumista voidaan edistää. Tavoitteenamme oli lisätä tietoa vaikuttavasta ohjauksesta ja täten parantaa potilasohjauksen laatua hoitotyössä. Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena.</p> <p>Pitkäaikaissairaiden potilaiden ohjausta on tutkittu paljon. Tutkimuksissa pitkäaikaissairaahan ohjauksesta on saatu vaihtelevia tuloksia. Tutkimuksissa tuli ilmi, että diabetesta sairastaville suunnatulla ohjauksella oli myönteisiä vaikutuksia verensokeritasapainoon, painonhallintaan, verenpaineeseen ja veren rasva-arvoihin. Potilasohjauksella voidaan vaikuttaa hieman alentavasti myös terveydenhuollon kustannuksiin, sairaalahoitojaksojen pituuteen sekä määrään. Lisäksi sairastettavuus saattaa ohjauksen myötä vähentyä. Keskeistä ohjauksessa on potilaiden hoitoon sitoutumisen lisääminen sekä omahoitoon kannustaminen. Pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidon ohjausta tulisi edelleen kehittää ohjauksen vaikuttavuuden lisäämiseksi.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Potilasohjaus, hoitoon sitoutuminen, omahoito, pitkäaikaissairaus, diabetes, munuaisten vajaatoiminta		
Muut tiedot		



Author(s) Koistinen, Sonja Sahisalmi, Noora	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 12.05.2014
	Pages 40	Language Finnish
		Permission for web publication (X)
Title EDUCATION FOR PATIENT WITH CHRONIC DISEASE Diabetes and Kidney Failure		
Degree Programme Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) Holma, Sinikka Rautiainen, Heli		
Assigned by Central-Finland's Health Care District, Ward 11		
<p>Abstract</p> <p>Chronic diseases have a great influence on Finnish life expectancy, health and functional capacity and they are diagnosed nowadays more than in the past. The challenge in the care of chronic diseases is to increase patient compliance and improve the care balance of chronic disease. The significance of motivation and self-care are increasingly emphasized. Nurses play a key role in the implementation of patient education. The thesis dealt with patient education from the point of view of diabetes and kidney failure.</p> <p>The thesis was commissioned by the Central Finland's Health Care District's (CFHCD) ward of Internal Medicine 11. The focus of the thesis was to find out characteristics and factors affecting high quality and effective patient education. The purpose of the thesis was to find evidence-based information and find out what is effective patient education, what kind of things should be taken into account and how patient compliance can be improved. The aim was to increase the knowledge of effective patient education and thus improve its quality in nursing. The thesis was carried out as a literature review.</p> <p>Education for patients with chronic diseases has been widely studied. There are some differences between results. The studies revealed that patient education for patients with diabetes had a positive impact on glycemic control, weight management, blood pressure and blood lipid levels. Patient education may reduce health care costs and the number and length of hospitalizations. Morbidity can be decreased. Highlights in the education are increasing patient compliance as well as encourage patient self-care. Education for patient with chronic disease should be developed further to get it more effective.</p>		
Keywords Patient education, patient compliance, self-care, chronic disease, diabetes, kidney failure		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1	Johdanto	2
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	4
3	Opinnäytetyön toteutus	4
4	Pitkäaikaissairaus haasteena	5
4.1	Pitkäaikaissairauden määritelmä	5
4.2	Pitkäaikaissairaus ja toimintakyky.....	7
5	Pitkäaikaissairaahan ohjaus.....	9
5.1	Pitkäaikaissairaahan ohjauksen tarpeet	9
5.2	Ohjaukseen vaikuttavat tekijät	13
5.3	Hoitoon sitoutuminen.....	15
6	Ohjaus hoitotyössä	17
6.1	Vuorovaikutteinen ohjaussuhde	18
6.2	Yksilöllinen potilasohjaus.....	19
6.3	Motivoiva haastattelu.....	20
6.4	Omahoito -ohjaus	23
6.5	Sairaanhoitaja ohjaajana.....	25
7	Ohjauksen vaikuttavuus	27
7.1	Vaikuttava ohjaus	27
7.2	Ohjauksen vaikutukset omahoitoon yksilö- ja ryhmäohjauksessa	29
8	Pohdinta.....	30
8.1	Tulosten tarkastelu	30
8.2	Luotettavuus ja käytettävyys	31
8.3	Jatkotutkimushaasteet.....	32
	Lähteet	33

1 Johdanto

Pitkäaikaissairauksilla on suuri merkitys suomalaisen väestön elinajanodotteeseen, terveyteen sekä toimintakykyyn ja niitä diagnosoidaan nykyään aiempaa enemmän. Pitkäaikaissairaudet lisääntyvät usein ikääntymisen myötä ja niillä on merkittävä vaikutus yksilöön, perheeseen, yhteisöön sekä koko yhteiskuntaan. Yhteiskunnan kannalta suurin haaste on löytää rahoitus ehkäisyyn sekä hoitoon. Keskeistä on kiinnittää huomiota pitkäaikaissairauksien riskitekijöihin, kuten tupakointiin sekä epäterveellisiin ruokailu- ja liikuntatottumuksiin. Terveysthuollossa ehkäisyssä ja neuvonnassa voidaan hyödyntää potilasohjausta sekä –neuvontaa. Terveysthuollon ja potilasohjauksen avulla voidaan vaikuttaa koko väestön eliniänodotteeseen, toimintakykyyn sekä ehkäistä ennenaikaisia kuolemia ja turvata väestön parempi terveys tulevaisuudessa. (Alleyne, Hancock & Hughes 2011.)

Sairaanhoitajilla on keskeinen rooli pitkäaikaissairauksien ehkäisyssä sekä hoidossa. Jatkuva kehittyminen ja kouluttautuminen ovat avainasemassa. Sairaanhoitajilla tulee olla riittävät tiedot ja taidot, joiden avulla edistää terveyttä, ohjata ja tukea potilaita sekä kouluttaa muita terveydenhuoltoalan ammattilaisia. Sairaanhoitajan tehtävänä pitkäaikaissairauksien ehkäisyssä ja hoidossa on antaa potilaille ohjausta terveellisistä ravitsemus- ja liikuntatottumuksista niin, että he voivat soveltaa niitä osaksi päivittäistä elämää. Suurin haaste on kuitenkin potilaiden motivoinnissa, sillä usein tiedon ja käytännön välillä on ristiriita – potilaat eivät noudata terveellisiä elintapoja tiedoistaan huolimatta. Pitkäaikaissairaiden hoidossa on tärkeää moniammatillinen yhteistyö eri terveydenhuollon ammattilaisten välillä sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö potilaiden hoidossa. (Alleyne, Hancock & Hughes 2011.)

Diabetes on yksi suomalaisten yleisimmistä pitkäaikaissairauksista. Noin 300 000:lla suomalaisella on lääkärin diagnosoima diabetes. Diabetesta sairastavista potilaista

noin 50 000 sairastavat tyypin 1 diabetesta ja 250 000 potilasta sairastavat tyypin 2 diabetesta. Lisäksi erilaisissa seurantatutkimuksissa on todettu, että noin 200 000:lla suomalaisella on diagnosoimaton diabetes. Näin ollen laskelmien mukaan diabetesta sairastavia suomalaisia on jopa yli puoli miljoonaa. (Saraheimo & Sane 2011.) Diabetes aiheuttaa merkittäviä kustannuksia yhteiskunnalle. Vuonna 2007 diabetesta sairastavien potilaiden hoidon kustannukset olivat noin 1 304 miljoonaa euroa, joista erikoissairaanhoidon vuodeosaston kustannuksia noin 333,8 miljoonaa euroa. Diabetesta sairastavista noin 40 %:lla on todettu jokin diabeteksen aiheuttama lisäsairaus. Lisäsairaudet tuovat lisäkustannuksia yhteiskunnalle. Erikoissairaanhoidossa vuodeosastolla syntyneistä kustannuksista jopa 244,3 miljoonaa euroa johtuu diabeteksen aiheuttamista lisäsairauksista. Ehkäisemällä diabeteksen aiheuttamia lisäsairauksia voidaan terveydenhuollon kustannuksia pienentää merkittävästi. (Jarvala, Raitanen & Rissanen 2010, 17, 39.)

Noin 20 - 30 %:lla tyypin 1 diabetesta sairastavista potilaista havaitaan mikroalbumuria, eli proteiinia virtsassa diabeteksen kestänyt 15 vuotta ja tyypin 2 diabetesta sairastavilla 20 %:lla jo taudin toteamisvaiheessa. Mikroalbumuria ei välttämättä johda munuaisten pysyvään vaurioon, jos verensokerin sekä verenpaineen suhteen saavutetaan hyvä hoitotasapaino. Tyypin 2 diabeetikoilla munuaisten vajaatoiminta on yleisempää kuin muulla väestöllä. (Niskanen 2013.) Munuais- ja maksaliiton ylläpitämän munuaistautirekisterin mukaan vuonna 2010 yleisin syy (18 %) pitkälle edenneeseen munuaisten vajaatoimintaan oli tyypin 2 diabetes. Pitkälle edennyt munuaisten vajaatoimintaa sairastavista potilaista 11 %:lla syy oli tyypin 1 diabetes. (Suomen munuaistautirekisteri 2012, 13.)

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Tämän opinnäytetyön toimeksiantaja on Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin (KSSHP) sisätautien osasto 11. Osastolla tutkitaan ja hoidetaan munuais-, suolistosairaus- ja aineenvaihdunta- sekä keuhkopotilaita. Diabetesta sairastaville potilaille kehittyy munuaisten vajaatoiminta usein diabeteksen huonon hoitotasapainon pohjalta. Osaston toiveena olikin saada ajankohtaista tietoa, siitä kuinka potilaiden hoitoon sitoutumista voitaisiin ohjauksen avulla lisätä ja hoitotasapainoa parantaa.

Työmme tarkoituksena oli selvittää tutkitun tiedon perusteella, mitä on vaikuttava potilasohjaus ja mitä tekijöitä pitkäaikaissairaahan ohjauksessa tulee huomioida, sekä miten hoitoon sitoutumista voidaan edistää. Tavoitteenamme oli lisätä tietoa vaikuttavasta ohjauksesta ja täten parantaa potilasohjauksen laatua hoitotyössä. Selvitimme mitkä kaikki tekijät voivat vaikuttaa hoitomyöntyvyyteen ja potilasohjaukseen, sekä mitkä asiat motivoivat potilasta hoitoon sitoutumisessa ja muutoksen tekemisessä. Selvitimme myös omahoidon merkitystä pitkäaikaissairauden hoidossa.

3 Opinnäytetyön toteutus

Työ on kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsauksen toteutuksessa hyödynsimme Jyväskylän ammattikorkeakoulun opiskelijoiden käytössä olevia Nelli-portaalin terveysalan tietokantoja; Cinahlia, Mediciä, PubMediä sekä Cochranea. Valitsimme opinnäytetyöhön hakusanoiksi pitkäaikaissairaus, ohjaus sekä potilasohjaus ja hoitoon sitoutuminen. Hyödynsimme tietokantojen ominaisuuksia, joiden avulla saimme haettua myös hakusanojen eri sanamuotoja. Rajasimme kaikissa tietokannoissa julkaisupäivämääräksi kaikki vuonna 2006 ja siitä eteenpäin julkaistut tutkimukset ja artikkelit. Rajasimme tutkimukset niin, että ne käsittelivät otsikon sekä tiivistelmän perusteella somaattisesti pitkäaikaissairaahan aikuispotilaan hoidon ohjausta sekä hoitoon sitou-

tumista. Opinnäytetyön avulla pyrittiin selvittämään vaikuttavan potilasohjauksen tunnuspiirteitä ja lisäämään sitä kautta potilasohjauksen laatua.

4 Pitkäaikaissairaus haasteena

4.1 Pitkäaikaissairauden määritelmä

Kroonisen sairauden eli pitkäaikaissairauden puhkeaminen vaikuttaa merkittävästi potilaan fyysiseen, psyykkiseen sekä sosiaaliseen toimintakykyyn. WHO määrittelee pitkäaikaissairauden pitkään kestäväksi ja usein eteneväksi sairaudeksi, joka ei tartu ihmisten tai eläinten välityksellä. Yleisimmät pitkäaikaissairaudet ovat sydän- ja verisuonisairaudet, syöpä, krooniset hengityselinten sairaudet sekä diabetes. Pitkäaikaissairauksiin sairastumisen riskitekijöitä ovat epäterveelliset elämäntavat, kuten epäterveellinen ruoka, liian vähäinen liikunta, tupakan savulle altistuminen tai tupakoiminen, liiallinen alkoholin käyttö sekä osaltaan myös suvussa esiintyvät pitkäaikaissairaudet. Epäterveellisten elämäntapojen kautta verenpaine, verensokeritasapaino ja veren rasva-arvot nousevat, sekä ylipaino ja lihavuus lisääntyvät. (Noncommunicable diseases 2013.)

Pitkäaikaissairaudet lisääntyvät iän mukana. Terveys 2011 -raportin mukaan Suomalaisista yli 30-vuotiaista jopa 40 % sairastaa jotakin pitkäaikaissairautta ja yli 70-vuotiaista jopa 70 %:lla on jokin pitkäaikaissairaus, vaiva tai vamma, joka heikentää heidän toimintakykyään. (Koskinen, Manderbacka & Aromaa 2012, 80-81.) Suomalaisesta aikuisväestöstä jopa 10 % sairastaa diabetesta. Diabetesta sairastavia on arveltu olevan jopa 600 000 vaikka hoidon piirissä heistä on vain noin 300 000. Suurimmalla osalla (n.85 %) diabetesta sairastavista on todettu tyypin 2 diabetes. Diabeteksestä tekee kansantaloudelle merkityksellisen erityisesti sen aiheuttamat komplikaatiot ja lisäsairaudet. (Koski 2011, 6, 43.)

Diabetes on sairaus, jossa plasman glukoosipitoisuus on suurentunut kroonisesti. Tautiin voi kuulua nopeita tai pitkittyneitä komplikaatioita, jotka vaikuttavat merkittävästi potilaan ennusteeseen ja elämänlaatuun. Kohonnut verensokeripitoisuus, eli hyperglykemia voi johtua joko insuliinin puutteesta, sen vaikutuksen heikkenemisestä tai molemmista. Sairaus voidaan jakaa 1. ja 2. asteen tyypeihin, mutta myös muita tyyppejä on olemassa. (Diabetes 2013.)

Tyypin 1 diabeteksessa haiman insuliinia tuottavat beetasolut tuhoutuvat autoimmuniprosessin aikana. Hoitamattomana tauti voi johtaa korkeiden verensokerien johdosta ketoasidoottiseen tilaan, koomaan tai pahimmillaan kuolemaan. Taudissa on todettavissa selkeä insuliinin puute, ilman insuliiniresistenssiä. (Diabetes 2013.) Tyypin 2 diabetes kuuluu heterogeeniseen sairausryhmään, eikä sille näin ollen ole määriteltä selkeitä diagnostisia kriteerejä. Tautia edeltää usein metabolinen oireyhtymä, johon kuuluvat ylipaino, kohonnut verenpaine, suosituksia korkeammat veren rasva-arvot ja kohonnut tai viitearvojen ylärajoilla oleva seerumin uraattipitoisuus. (Yki-Järvinen & Tuomi 2013.) Tyypin 2 diabeteksessa haima tuottaa liian vähän insuliinia suhteessa sen tarpeeseen (Diabetes 2013).

Munuaisten vajaatoiminnalla tarkoitetaan tilannetta, jolloin munuaisten toiminta on heikentynyt. Munuaisten vajaatoiminta voi syntyä äkillisesti, esimerkiksi suurten leikkausten komplikaationa tai lääkkeiden vaikutuksesta. Äkillisessä munuaisten vajaatoiminnassa oireet syntyvät nopeasti ja se on usein ohimenevä tila. (Pasternack 2012, 163.) Kroonisessa munuaisten vajaatoiminnassa molempien munuaisten toiminta on heikentynyt pysyvästi. Krooninen munuaisten vajaatoiminta on usein kestänyt kuuksia tai vuosia ennen ensimmäisten oireiden ilmenemistä, sillä elimistö pyrkii sopeutumaan munuaisten toiminnan heikkenemiseen erilaisien sopeutumismekanismien avulla. (Pasternack & Saha 2012, 431.) Munuaisten vajaatoiminnan diagnosointi on haastavaa, sillä oireet ovat usein epämääräisiä ja potilaat saattavat olla oireettomia. Potilaan kliininen tutkiminen ja anamneesi ovat merkittävässä roolissa munuais-sairauksien diagnosoimisessa. (Pasternack, Kööbi & Soimakallio 2012, 83.)

Diabeettinen nefropatia on diabeteksen aiheuttama pitkäaikaishäiriö. Tärkein syy nefropatian syntyyn on pitkään kestänyt diabeteksen huono hoitotasapaino. Nefropatialle altistavat lisäksi kohonnut verenpaine, tupakointi sekä perintötekijät. (Rönnemaa 2011, 426-427.) Tyypillisiä munuaistaudin oireita ovat turvotus ja virtsan väkevöityminen. Aluksi virtsamäärät saattavat kasvaa, mutta taudin edetessä virtsan erityis lopulta vähenee tai loppuu kokonaan. Anemia kehittyy usein munuaisten vajaatoimintaa sairastaville potilaille. Munuaissairauksissa verenpaine on usein koholla, mikä voi aiheuttaa potilaalle väsymystä, päänsärkyä, hengenahdistusta sekä erilaisia sydänoireita. (Pasternack & Saha 2012, 434.)

4.2 Pitkäaikaissairaus ja toimintakyky

Terveystila on keskeisin toimintakykyyn vaikuttava tekijä ja toimintakyvyn muutokset voivatkin heikentää keskeisesti potilaan kokemaa elämänlaatua. Toimintakyky muodostuu kehon toiminnoista, rakenteesta, suorituksista sekä osallistumisesta. Toimintakyvyn heikkeneminen on usein prosessi, joka etenee asteittain sairauden edetessä. Sairauden tuomat muutokset aiheuttavat usein muutoksia potilaan liikkumisessa, aisteissa sekä kognitiivisissa toiminnoissa. Esimerkiksi muutokset potilaan liikkumiskyvyssä vaikuttavat potilaan arkisiin askareisiin sekä kykyyn osallistua erilaisiin harrastuksiin. (Martelin, Sainio, Sulander, Helakorpi, Tuomi & Koskinen 2007, 104-108.)

Pitkäaikaissairauden puhkeaminen heikentää usein potilaan toimintakykyä, mutta myös iän tuomat muutokset on otettava huomioon. Toimintakyvyllä tarkoitetaan potilaan kykyä huolehtia itsestään ja kodistaan, selviytyä päivittäisistä askareista sekä kykyä liikkua. Potilaan kyky selviytyä päivittäisistä toiminnoista kuvaa hyvin potilaan yleistä toimintakykyä. Päivittäiset toiminnot rakentuvat perustoiminnoista, eli poti-

laan kyvystä pukeutua, peseytyä ja syödä, sekä välineellisistä toiminnoista, eli kyvystä käydä kaupassa, laittaa ruokaa ja tehdä kotitöitä. (Martelin ym. 2007, 104-114.)

Liikkumisen lisäksi toimintakykyyn vaikuttavat aistitoiminnot, kuten potilaan näkö ja kuulo. Näön heikkenemisen vuoksi potilaan kyky suoriutua päivittäisistä askareista heikkenee ja liikkuminen käy hankalaksi. Myös sairauteen liittyvä hoidon seuranta vaikeutuu näön heiketessä. Kognitiivisilla toiminnoilla tarkoitetaan potilaan kykyä tehdä havaintoja, ajatella, muistaa, oppia sekä suoriutua kielellisistä tehtävistä. Kognitiivisten toimintojen heikentyminen vaikeuttaa osaltaan potilaan kykyyn selviytyä sairauden vaatimista muutoksista. Kognitiivisten toimintojen heikkeneminen voi vaikuttaa potilaan muistiin, ja potilas saattaa esimerkiksi unohtaa mitata verensokerin tai pistää insuliinia. Pitkäaikaissairaus vaikuttaa edellisten lisäksi myös potilaan sosiaaliseen toimintakykyyn. Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan potilaan sosiaalisia vuorovaikutussuhteita sekä taloudellista, yhteisöllistä ja sosiaalista osallistumista. (Martelin ym. 2007, 106-115.)

Pitkäaikaissairauden puhkeaminen käynnistää selviytymisprosessin, jolloin potilaan on pyrittävä muutoksien avulla selviytymään sairauden tuomista vaatimuksista ja haasteista omassa elämässään. Keskeisin pitkäaikaissairauden luoma selviytymishaaste on sairauden sekä sen mukana tulevien muutosten hyväksyminen ja niihin sopeutuminen. Sairauden kanssa eläminen vaatii potilaalta uusia toimintamalleja sekä voimavaroja niiden toteuttamiseksi. Sairauden tuomat muutokset voivat vaikuttaa potilaan kykyyn huolehtia elinympäristöstään sekä itsestään. Sairauden puhkeaminen tuo mukanaan myös haasteita työelämään, harrastuksiin ja potilaan sosiaalisiin suhteisiin. Potilaalle aiheutuu monenlaisia tunteita, kuten vihaa, ärtymystä ja toivottomuutta, joita potilaan on opittava käsittelemään. Negatiiviset tuntemukset heikentävät potilaan kykyä hoitaa itseään sairauden vaatimalla tavalla ja se myös kuluttaa potilaan olemassa olevia voimavaroja entisestään. (Kyngäs 2007.)

5 Pitkäaikaissairaanhoidon ohjaus

5.1 Pitkäaikaissairaanhoidon ohjauksen tarpeet

Pitkäaikaissairaanhoidon potilaat kokevat usein olonsa musertuneiksi eivätkä he usko pystyvänsä noudattamaan pitkäaikaissairaanhoidon monimutkaisia hoitosuunnitelmia (Radhakrishnan 2012). Pitkäaikaissairaanhoidon potilaat ovat usein myös iäkkäitä, mikä tuo haasteen potilaiden ohjaukseen ja hoidon suunnitteluun (Bakan & Akyol 2008). Jokaisella potilaalla on yksilöllinen motivaatio pitkäaikaissairautensa hoitoon. Tunnistamalla potilaiden henkilökohtaisia ominaisuuksia sekä elämäntilanteita voidaan heitä tukea tehokkaammin pitkäaikaissairaanhoidossa. (Radhakrishnan 2012.)

Pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidon ohjauksessa tulee huomioida kattavasti hoidon eri osa-alueita, kuten ravitsemus ja liikunta, sekä pitkäaikaissairaanhoidon lääkehoito. Pitkäaikaissairauksien hoidossa myös potilaiden suorittamat mittaukset ovat keskeisessä asemassa sairautensa hoitoa. Fyysinen aktiivisuus parantaa potilaiden fyysistä jaksamista, toimintakykyä sekä psyykkistä vointia. Kuntouttavalla liikunnalla voidaan myös helpottaa pitkäaikaissairaanhoidon oireita ja sitä kautta vähentää potilaiden masennusta. (Bakan & Akyol 2008.) Pitkäaikaissairauksien mukana tulee usein myös liitännäissairauksia, jotka vaikeuttavat pitkäaikaissairaanhoidon potilaan päivittäistä elämää (Radhakrishnan 2012).

Sosiaaliset, fyysiset ja taloudelliset vaikeudet vaikeuttavat potilaiden ja heidän perheidensä sopeutumista pitkäaikaissairaanhoidon tuomiin muutoksiin ja vaatimuksiin. Sosiaalisen tuen merkitys pitkäaikaissairauksien hoidossa on merkittävä. Erityisesti perheen antama emotionaalinen tuki potilaille vaikuttaa potilaiden kokemaan mielialaan ja siihen, kuinka he kokevat sairautensa. Pahimmillaan potilaat voivat eristäytyä ja tulla yksinäisiksi, jos he kokevat olevansa yksin sairautensa kanssa. (Bakan & Akyol 2008.)

Diabetesta sairastavan potilaan hoidon ohjauksessa tärkeimpänä tekijänä on estää lisäsairauksien sekä vakavien komplikaatioiden syntyä. Tavoitteena on vähintään ylläpitää olemassa olevaa elämänlaatua sairauden puhkeamisen jälkeen. Tyypin 1 diabeteksessa hoitona on aina insuliinikorvausvalmisteiden käyttö pistoksina tai pumppulla. Insuliinihoito on haasteellista, sillä verensokerivaihteluita ei voi välttää, vaikka hoito noudattaisikin hoitosuunnitelmaa. Potilaan tulee itse osata muuttaa insuliiniansiannoksia päivärytmin, ruokailujen, liikunnan ja plasman glukoosipitoisuuden eli verensokerin perusteella. Vaihteluihin voivat vaikuttaa muun muassa mahalaukun tyhjeneminen sekä ruoan koostumusvaihtelut, stressi, sairastuminen sekä kuukautiskierto. (Ilanne-Parikka 2013.) Verestä mitatun pitkäaikaisverensokerin (HbA1c) tulee olla alle 7 % (Diabetes 2013).

Merkittävin verensokeriin ja sen nousuun vaikuttava tekijä on ruokavalio. Koko vuorokauden insuliinintarve on yleensä noin 1 yksikkö painokiloa kohden. Ateriainsuliinissa potilaan tulee pitkävaikutteisen insuliinin lisäksi huomioida syötyjen hiilihydraattien määrä ja laatu. Diabetesta sairastavan tulee osata laskea syötyjen hiilihydraattien määrä ja suhteuttaa se nopeavaikutteisen insuliinin määrään. Perusperiaatteena on, että 10 grammaa hiilihydraattia nostaa verensokeria 2 mmol/l:lla, mikä vastaa yhtä yksikköä nopeavaikutteisesta insuliinista. Verensokeria tulee mitata aina aamuisin ja ennen aterioita, sekä iltaisin ennen nukkumaan menoa. Jos verensokeriarvot vaihtelevat paljon, verensokeria tulee mitata myös aterioiden jälkeen. (Ilanne-Parikka 2013.)

Kuten tyypin 1 diabeteksessa myös tyypin 2 diabeetikolla omaseurantaan kuuluvat painon, verenpaineen ja verensokerin mittaukset, sillä näihin tulee reagoida niiden muuttuessa. Hoidossa on kiinnitettävä erityisesti huomioita hyperglykemiaan, rasva-arvojen korjaamiseen, korkeaan verenpaineeseen, ylipainoon sekä liikunnan vähyyteen, lisääntyneeseen hyytymistäipumukseen ja tupakointiin. Näihin voidaan vaikuttaa ruokavaliolla ja lääkityksellä. Ruokavalion tulee olla valtimotauteja ehkäisevää ja verensokeritasapainon sekä painonhallinnan kannalta edullista. Tähän kuuluu kuitu-

rikas, vain niukasti kovaa rasvaa sisältävä, kohtuullisesti pehmeää rasvaa sisältävä ja vähän suolaa sisältävä ruokavalio. Säännöllinen liikunta on myös oleellinen osa hoitoa, mutta täytyy ymmärtää, että liikunta lisää insuliinin herkkyyttä kudoksissa ja tämä voi johtaa hypoglykemioihin, mikäli potilas ei ole tarkkana. Myös alkoholinkäyttöön tulee kiinnittää huomiota, sillä myös se altistaa liian alhaisille verensokerille. Tupakointi tulee lopettaa. (Diabetes 2013; Yki-Järvinen 2013.) Muita säännöllisesti seurattavia ja tärkeitä asioita ovat jalkojen ja hampaiden kunto, pistospaikkojen seuranta sekä omahoidon toteutuminen tai siinä ilmenevät ongelmat (Diabetes 2013).

Mikäli tyypin 2 diabetesta ei saada hoitotasapainoon elämäntapamuutoksilla, joudutaan mukaan ottamaan myös tablettilääkitys ja myöhemmin mahdollisesti insuliinin pistohoito. Dieettihoitoisilla diabetespotilailla verensokerin mittauksen tavoitteena on selvittää verensokeritasoon vaikuttavat tekijät ja niiden vaikutustavat. Tämä auttaa jatkossa verensokerin kontrolloinnissa. Insuliinihoitoisilla tyypin 2 diabetespotilailla verensokerin omaseuranta on erityisen tärkeää, jotta potilaat oppivat muuttamaan iltainsuliininsa määrää suhteessa verensokeriarvoihin. (Yki-Järvinen 2013.)

Kroonisen munuaisten vajaatoiminnan hoidossa ja ohjauksessa keskeisessä asemassa ovat ruokavalio sekä lääkehoito, joiden tarkoituksena on hidastaa munuaisten vajaatoiminnan etenemistä ja lievittää oireita. Jos nefropatia todetaan silloin kun potilaalla on mikroalbuminurea, on sen eteneminen usein pysäytettävissä hyvällä diabeteksen hoitotasapainolla, verenpaineen hoidolla, rajoittamalla ravinnon valkuaisen määrää sekä ACE:n ja angiotensiinireseptorin estäjälääkkeillä. (Rönnemaa 2011, 429-430.)

Munuaisten vajaatoiminnan hoitoon käytetään useita lääkkeitä ja niiden ottaminen oikeaan aikaan ruokailujen suhteen on tärkeää. Lääkehoito koostuu pääasiassa verenpainelääkityksestä, diureeteista, D-vitamiinista, raudasta sekä erytropoietiini – hormonista, ACE:n ja angiotensiinireseptorin estäjälääkkeistä sekä tarvittaessa Kaliumin ja Fosforin –sitojista. Lääkehoidon avulla pyritään vähentämään turvotuksia ja

hengenahdistusta lisäämällä virtsan eritystä, hallitsemaan elimistön kalium ja fosfori-pitoisuutta, hoitamaan anemiaa sekä ylläpitämään haluttua verenpainetasoa. Munuaisten vajaatoiminnassa lääkkeiden käyttöön on kiinnitettävä tavallista tarkemmin huomiota, sillä alentunut munuaisfunktio heikentää lääkeaineiden eritystä ja lääkkeet saattavat kumuloitua elimistöön. (Kilpiö 2012a.)

Hyvällä ravitsemuksella pyritään parantamaan potilaan hyvinvointia, toimintakykyä sekä yleistä elämänlaatua. Hyvä ravitsemustila hidastaa sairauden etenemisen lisäksi verisuonten kalkkeutumista, sydänmuutoksia, luiden haurastumista sekä dialyysihoidojen aloitusta. Ylipaino nopeuttaa sairauden etenemistä ja heikentää hoitojen vaikuttavuutta. Ravitsemuksessa kiinnitetään huomioita ruokavalion monipuolisuuteen, energian, proteiinin ja fosforin saantiin sekä ravinnon rasvan laatuun ja suolan käyttöön. Erityisesti ruokavalion proteiinin rajoittaminen hidastaa munuaisten vajaatoiminnan etenemistä. Fosforia alkaa kertyä elimistöön jo sairauden alkuvaiheissa. Ohjauksessa on tärkeää, että potilas tunnistaa erilaiset proteiinin ja fosforin lähteet. Nestetasapainosta huolehtiminen on tärkeää, sillä kuivuminen voi pahentaa munuaisten vajaatoimintaa. (Kilpiö 2012b.)

Munuaisten vajaatoimintaa sairastavan potilaan hoidossa on kiinnitettävä huomioita myös ihon, suun sekä jalkojen hoitoon. Liikunnan avulla pyritään hallitsemaan painoa, parantamaan ravitsemustilaa ja lisäämään yleistä hyvinvointia. Pitkälle edennyt munuaisten vajaatoimintaa hoidetaan dialyysihoidoilla silloin kun potilaalla ilmenee uremian oireita, ravitsemustila on huono eikä verenpaine- ja nestetasapainoa saada hallintaan. (Kilpiö 2012a.) Lääkehoidon, ravitsemuksen sekä liikunnan lisäksi on kiinnitettävä huomioita myös potilaan henkiseen jaksamiseen (Kilpiö 2012c).

Dialyysihoidot lisäävät diabetesta ja munuaisten vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjaustarvetta. Pitkälle edennyt munuaisten vajaatoiminta lisää potilaan ravitsemusohjauksen tarvetta, sillä esimerkiksi peritoneaaldialyysissä dialyysinesteistä imeytyy elimistöön sokeria, mikä vaikuttaa diabetesta sairastavan potilaan insuliini-

tarpeeseen. (Kilpiö 2012c.) Hemodialyysissä käyvien potilaiden insuliinitarve hemodialyysihoidopäivinä on usein normaalia pienempi (Heiskanen 2013a). Dialyysinesteiden kautta poistuu myös enemmän proteiinia, joten ylipainoinenkin potilas voi olla aliravittu. Sekä peritoneaalidialyysi, että hemodialyysipotilailla on usein myös nesterajoituksia, joiden avulla pyritään välttämään nesteen liiallista kertymistä elimistöön. (Kilpiö 2012c; Heiskanen 2013b.) Alle 45 –vuotiaiden pitkälle edennyt diabeettista nefropatiaa sairastavien potilaiden hoitoon sopii parhaiten munuaisten siirto (Rönemaa 2011, 430).

5.2 Ohjaukseen vaikuttavat tekijät

Fyysiset taustatekijät, kuten ikä, sukupuoli, terveydentila ja sairaudet, vaikuttavat oleellisesti siihen kuinka hyvin potilas pystyy vastaanottamaan ohjausta. Juuri diagnosoitu vakava sairaus saattaa estää ohjauksen onnistumista, sillä potilaan käydessä läpi sairauden mukana tuomia tunteita ja siitä aiheutuvia elämänmuutoksia, ohjaukseen keskittyminen voi olla hankalaa. Ohjauksessa olisikin tärkeää pystyä priorisoimaan asioita ja miettimään mikä asia olisi ensisijaisen tärkeää käsitellä ja mitä voidaan siirtää myöhemmälle ajankohdalle. Ohjauksen näkökulmasta haasteensa tuovat potilaat, jotka kokevat olonsa hyväksi ja terveeksi, mutta keiden terveydentila vaatisi hoitoa. Tällöin ohjauksen tärkeimpänä osa-alueena on potilaan motivointi. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 30-31.)

Psyykkisiin tekijöihin luetaan terveystuskomukset, käsitys omasta terveydestä, kokemukset, odotukset, mieltymykset, tarpeet, oppimisvalmiudet ja – tarpeet sekä motivaation taso. Potilaan motivaatioon vaikuttavaa hänen halunsa omaksua hoitoonsa liittyviä asioita, sekä se, että kokeeko potilas ohjauksessa käsiteltäviä asioita itselleen merkityksellisiksi. Hoitaja voi esittää potilaalle avoimia kysymyksiä, jotka voivat antaa selkeämpää kuvaa siitä, mikä potilasta motivoisi hänen hoitoonsa. Ohjauksen kannal-

ta olisi tärkeää, että se sisältäisi mahdollisimman paljon motivoivan ohjauksen tunnuspiirteitä. (Kyngäs ym. 2007, 32.)

Motivaation syntymiseen vaikuttavat muun muassa riittävän selkeät tavoitteet, potilaan onnistumisodotukset sekä sopiva tunnetila. Onnistumisodotukset tarkoittavat sitä, kuinka potilas itse ajattelee pystyvänsä asioihin ja muutoksiin, josta on sovittu. Sopivaan tunnetilaan liittyvät potilaan sen hetkinen elämäntilanne ja se kuinka hyvin häntä on kuunneltu ja ymmärretty potilaan sen hetkisessä tilanteessaan. Myös potilaan aiemmat kokemukset ja terveysuskomukset voivat vaikuttaa ohjauksen tehokkuuteen ja näistä asioista olisi hyvä keskustella yhdessä ääneen, jotta sekä potilaalla että hoitajalla olisi sama ymmärrys potilaan aiemmista kokemuksista ja terveysuskomuksista. Hoitajan tehtävä on kannustaa potilasta luottamaan häneen omiin kykyihinsä ja tukea potilasta oma-aloitteisuuteen, jotta hän kykenisi itse arvioimaan omaa toimintaansa sekä vastaanottamaan palautetta ulkopuolelta. (Kyngäs ym. 2007, 33–34.)

Ohjauksen kannalta tärkeisiin **sosiaalisiin tekijöihin** luetaan sosiaaliset, kulttuuriperustaiset, etniset, uskonnolliset ja eettiset tekijät, jotka jollain tavoin vaikuttavat potilaan käytökseen tai toimintaan. Sekä hoitajan, että potilaan arvot ja elämänkatsomus vaikuttavat siihen, kuinka he suhtautuvat ohjauksessa käsiteltäviin asioihin. Ohjauksen lähtökohdat tulee tunnistaa, jotta hoitaja voi toteuttaa yksilöllistä ja itsemääräämisoikeutta tukevaa toimintaa. Potilaan tukiverkoston kartoittaminen on tärkeää, jotta ohjauksessa voidaan ottaa huomioon myös omaisten rooli potilaan tukemisessa. Hoitajan on ensisijaisesti otettava potilaan ohjaustarpeet huomioon, mutta mikäli potilas ei kykene ymmärtämään ohjausta tai ottamaan itsensä hoitamisesta vastuuta, on hoitajan vastattava omaisten ohjaustarpeisiin. (Kyngäs ym. 2007, 35–36.)

Ympäristössä olevia tekijöitä, jotka voivat joko tukea tai heikentää ohjausta, ovat hoitotyön kulttuuri, ihmissuhdeympäristö sekä fyysinen ympäristö. Ensivaikutelma, jonka potilas saa hoitoyksiköstä on ensiarvoisen tärkeää, mutta merkittävintä on kui-

tenkin tila, jossa ohjaus toteutuu. Fyysisesti paras ympäristö ohjaukselle on tila, jossa ohjaus voidaan toteuttaa ilman keskeytyksiä ja häiriötekijöitä. Psyykkisen ympäristön kannalta heikentäviä tekijöitä ovat hoitajan tai tilanteen aiheuttama kiire ja ajan vähyys. Kiireen aistiminen heikentää hoitajan ja potilaan vuorovaikutusta sekä vaikuttaa suoraan ohjauksen suunnitelmallisuuteen. Sen sijaan taas avoimuus, vastavuoroisuus ja luottamuksellisuus vahvistavat myönteistä psyykkistä ilmapiiriä ja täten luovat hyvän pohjan ohjaukselle. (Kyngäs ym. 2007, 36–37.)

5.3 Hoitoon sitoutuminen

Hoitoon sitoutumisella tarkoitetaan potilaan aktiivista ja vastuullista toimintaa hänen terveydentilansa vaatimalla tavalla. Potilaan sitoutuessa hoitoon hän toimii yhteistyössä sekä vuorovaikutuksessa hoitohenkilökunnan kanssa. (Kyngäs & Hentinen 2009, 16-17.) Potilaan ollessa sitoutunut hoitoonsa on keskeisessä asemassa potilaan ja hoitohenkilökunnan välinen yhteisymmärrys; molemmilla osapuolilla on samanlainen käsitys sairauden hoidosta sekä hoidon tavoitteista. Potilaiden hoitoon sitoutuminen vaihtelee. Yleisesti potilaan sitoutuvat lääkehoitoon paremmin kuin sairauden vaatimiin elintapamuutoksiin. Potilaan sitoutuessa huonosti sairautensa hoitoon, näkyy se useimmiten sairauden oireiden pahenemisena tai sairauden etenemisenä. (Savikko & Pitkälä 2006.)

Sitoutumalla hoitoon potilas voi parantaa elämänlaatuaan, ehkäistä sairauden etenemistä ja lisäsairauksia sekä lisätä jäljellä olevia elinvuosiaan. Hoitoon sitoutuminen edellyttää potilaalta elämäntapojen muuttamista sekä aikaa ja vaivannäköä. Muutokset elintavoissa ja arkipäiväisissä teoissa voivat olla potilaille haastavia, sillä lopulliset muutokset terveydentilassa voivat näkyä vasta pidemmän ajan kuluttua. (Kyngäs & Hentinen 2009, 23.)

Potilaan näkökulmasta hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat sekä sisäiset, että ulkoiset tekijät. Sisäisiä tekijöitä ovat esimerkiksi demografiset tekijät, kuten ikä, sukupuoli ja koulutus. Muita sisäisiä tekijöitä ovat potilaan arvot ja käsitykset, voimavarat, motivaatio, potilaan tiedot ja taidot, elämäntilanne, hoito ja hoitokokemukset sekä potilaan sosiaalis-taloudellinen tilanne. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia ulkoisia tekijöitä ovat olemassa oleva terveydenhuoltojärjestelmä, hoidon järjestelyt, vuorovaikutus, ohjaus, seuranta ja tuki, perhe, läheiset ja vertaiset sekä potilaan saama emotionaalinen, konkreettinen ja tiedollinen tuki. (Kyngäs & Hentinen 2008, 26-27; Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009.)

Hoitajan tehtävänä on arvioida potilaan hoitoon sitoutumista. Hoitoon sitoutumisen arviointi on kuitenkin haasteellista, sillä hoitoon sitoutumiseen vaikuttaa monet erilaiset tekijät. Hoitoon sitoutumisen arvioinnissa tulee hyödyntää erilaisia menetelmiä, joiden avulla hoitoon sitoutumista on helpompi käsitellä useasta erilaisesta näkökulmasta. Hoitoon sitoutumista voi arvioida suorilla arviointimenetelmillä eli esimerkiksi arvioimalla potilaan toimintaa sekä erilaisten hoitotasapainosta kertovien laboratoriokokeiden, eli veri- ja virtsatutkimusten avulla. Epäsuoria arviointimenetelmiä on erilaiset potilaspäiväkirjat, kyselylomakkeet, potilaan haastattelu, saavutetut hoitotulokset ja potilaan kliininen tila sekä hoidon toteutuksen seuranta. (Kyngäs & Hentinen 2009, 26-39.)

Huono hoitoon sitoutuminen tarkoittaa, että potilas laiminlyö toistuvasti sairautensa hoitoa. Tutkimusten mukaan pitkäaikaissairaista potilaista jopa 30-80 % sitoutuu sairautensa hoitoon huonosti ainakin joillakin hoidon osa-alueilla. Diabetesta sairastavan potilaan kohdalla tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että potilas sitoutuu hyvin lääkehoitoonsa mutta laiminlyö terveitä elintapoja, kuten terveellistä ruokavaliota tai potilas ei sitoudu harrastamaan riittävästi liikuntaa. Huono hoitoon sitoutuminen voi olla tarkoituksellista tai tarkoituksetonta. Kun potilas sitoutuu hoitoonsa tarkoituksellisesti huonosti, ei hän koe sairautensa hoitoa merkittäväksi tai taustalla saattaa olla potilaan eettinen tai uskonnollinen vapaus. Tarkoitukseton huono hoitoon sitoutu-

minen johtuu yleisimmin siitä, että potilas ei ymmärrä hoidon merkitystä, hänen taitonsa eivät ole riittäviä tai yksinkertaisesti potilas unohtaa noudattaa suunniteltua hoitoa. (Kyngäs & Hentinen 2009, 42-44.)

6 Ohjaus hoitotyössä

Nykykäsityksen mukaan ohjauksella pyritään edistämään asiakkaan omaa aloitteellisuutta ja kykyä parantaa elämäänsä hänen ehdoillaan. Ohjaus voidaan määritellä esimerkiksi ohjaajan ja asiakkaan väliseksi aktiiviseksi sekä tavoitteelliseksi toiminnaksi, jossa otetaan huomioon molempien taustatekijät ja jossa toimitaan vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. (Keskeisiä käsitteitä neuvontapalveluista ja kotikäynneiltä. n.d; Kyngäs ym. 2007, 25.) Yksinkertaisimmillaan ohjauksella tarkoitetaan potilaalle annettua käytännön läheistä opastusta (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen, & Mäkelä 2011, 17). Ruotsalaisessa tutkimuksessa on tullut esille, että diabetesta sairastavien potilasohjausta tulee kehittää, jotta päästään kansallisiin hoidon tavoitteisiin (Adolfsson, Smide, Rosenblad & Wikblad 2009).

Kääriäinen ja Kyngäs (2005) määrittelevät ohjauksen ominaispiirteiksi lisäksi ohjattavan ja ohjaajan kontekstin, jonka sisältö rakentuu ohjaussuhteen edetessä. Ohjauksessa, toisin kuin neuvonnassa, ei anneta suoria neuvoja. Ohjaustilanteessa asiakkaan tai potilaan tulee olla aktiivinen pulmien ratkaisija ja hoitajan tulisi tällöin tukea häntä päätöksenteossa. Hoitajan ei tule antaa potilaalle valmiita ratkaisumalleja. Muihin keskusteluihin verrattuna ohjaus on suunnitelmallisempaa, mutta siihen sisältyy myös tiedonantoa, mikäli potilas sitä tarvitsee. (Keskeisiä käsitteitä neuvontapalveluista ja kotikäynneiltä. n.d; Kyngäs ym. 2007, 25.)

Pitkäaikaissairauksien ohjaukseen on kehitetty useita erilaisia ohjausmenetelmiä ja malleja. Lähtökohtana on pyrkiä parantamaan pitkäaikaissairaalan elämänlaatua, hi-

dastaa sairauden etenemistä ja antaa potilaalle keinoja kuinka hoitaa sairautta. Ohjauksessa keskitytään antamaan potilaalle tietoa sairaudesta ja sairauden hoidosta terveellisten elämäntapojen sekä lääkehoidon avulla. Ohjauksen tueksi on tärkeä luoda kokonaisvaltainen suunnitelma. Ohjauksessa tulisi käydä läpi ainakin pitkäaikais sairauden kehitys, kulku ja ennuste, liikunnan ja ravitsemuksen merkitys, sairauden lääkehoito sekä sairauden hoitoon vaikuttavia tekijöitä, kuten potilaan tekemät mittaukset. (Bakan & Akyol 2008.)

6.1 Vuorovaikutteinen ohjaussuhde

Vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa sanallinen ja sanaton viestintä ovat avainasemassa, jotta vuorovaikutus voi käynnistyä. Tavoitteena onkin saavuttaa yhteisymmärrys. Hoitajan ja potilaan välinen yhteisymmärrys vaatii yhteisen kielen ja sen, että molemmat osapuolet ymmärtävät asiat ja sanat samalla tavalla. Jotta sanallisen viestinnän selkeyttä voidaan ylläpitää, tulee hoitajan kiinnittää huomiota selkeyteen ja yksiselitteisyyteen. Sanattoman viestinnän tarkoituksena on tukea, painottaa, täydentää, kumota ja jopa korvata kokonaan sanallista viestintää. (Kyngäs ym. 2007, 38-39.)

Ohjaussuhde rakentuu vuorovaikutuksen kautta. Vuorovaikutus eli ”vuorollaan vaikuttaminen” on pääosin hoitajan vastuulla vaikka hoidon tavoitteista tulisikin sopia yhdessä. Hoitajan ja potilaan vuorovaikutussuhde on rakenteellinen, mutta silti joustava; toiminta on tavoitteellista kuitenkin ilman kaavamaisuutta. Vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa tasavertaisuus on tärkeää, mikä näkyy vastavuoroisena toistensa asiantuntijuuden kunnioittamisena. Hoitajan ja potilaan molempien tulee olla aktiivisia ohjaussuhteessa. Hoitajan tulee tukea potilasta, jotta hän kertoisi taustatekijöistään, tarpeistaan, odotuksistaan ja pyrkimyksistään. (Kyngäs ym. 2007, 39-40.)

6.2 Yksilöllinen potilasohjaus

Yksilöllisesti suunniteltu potilasohjaus pitää sisällään potilaan yksilölliset tarpeet, kyvyt ja mieltymykset. Yksilöllisesti räätälöidyn potilasohjauksen lähtökohtana on potilaskeskeinen sekä potilaan voimaantumiseen perustuva näkökulma. Yksilöidyn potilasohjauksen tavoitteena auttaa potilasta noudattamaan hoitosuunnitelmaan liittyviä ohjeita ja lisätä potilaiden omahoitoon sitoutumista. (Radhakrishnan 2012.)

Yksilöidyissä potilasohjauksissa keskitytään antamaan potilaalle ohjausta potilaan henkilökohtaisien tarpeiden pohjalta. Usein potilasohjauksen lähtökohtana pidetään sairauden tuomia vaatimuksia ja muutoksia, minkä pohjalle ohjaus suunnitellaan. Kaikissa yksilöllisissä ja potilaslähtöisissä ohjauksissa on kolme yhteneväistä piirrettä; hoitaja selvittää potilaan mieltymykset, tarpeet ja käsitykset, hyödyntää potilaan elämäntilannetta ja ominaisuuksia hoidon ohjauksen suunnittelussa sekä huomioi potilaan terveydentilaan liittyvät huolet ja potilaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveydentilan. Loppu viimein potilailla itsellään on kuitenkin viimeinen päätäntävalta hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. (Suhonen, Välimäki & Leino-Kilpi 2008.)

Yksilöidyt potilasohjaukset eivät ole olleet vielä kauan käytössä, joten niiden vaikuttavuudesta ei ole vielä riittävästi tutkittua tietoa. Yksilöllisillä potilasohjauksilla on todettu olevan vain pieni merkitys pitkäaikaissairaiden sitoutumiseen omahoitoon. Ohjauksetojen määrällä tai kestolla ei ole vaikutusta potilaiden omahoitoon sitoutumiseen. Yksilöimällä sairaalassa annettua ohjausta sekä yksilöimällä potilaiden kotiutussuunnitelmaa voidaan tutkimusten mukaan lyhentää potilaiden sairaalajaksojen pituutta ja vähentää toistuvia sairaalajaksoja. (Radhakrishnan 2012.) Suhosen, Välimäen sekä Leino-Kilven (2008) mukaan yksilöllisestä potilasohjauksesta on kuitenkin todettu olevan enemmän hyötyä kuin tavanomaisesta potilasohjauksesta. Tutkimuksissa ilmeni myös, että ne diabetesta sairastavat potilaat, joiden HbA1c oli yli 8 %, yksilöohjaus todettiin hyödylliseksi (Duke, Colagiuri & Colagiuri 2009). Yksilöllisen potilasohjauksen vaikutukset kohdistuvat pääasiassa potilaiden avun piiriin ha-

keutumiseen sekä hoitosuosituksiin sitoutumiseen. Potilaat ovat usein myös tyytyväisempiä yksilöllisesti annettuun potilasohjaukseen. Yksilöidyillä potilasohjauksilla ei ole todettu vaikutusta potilaiden sosiaaliseen tai taloudelliseen hyvinvointiin. Yksilöidyillä potilasohjauksella on ryhmäohjausta parempi vaikuttavuus, mutta on kuitenkin otettava huomioon, että eri ohjausryhmille kohdennettuja ohjauksia ei ole keskenään arvioitu riittävästi. Yksilöllisen potilasohjauksen toteuttaminen ja hoitosuunnitelman laatiminen on kuitenkin aikaa vievää, työlästä ja kallista. (Radhakrishnan 2012.)

6.3 Motivoiva haastattelu

Koski-Jännes (2008) sanoo motivoivan haastattelun olevan ”asiakaskeskeinen ohjausmenetelmä, jonka tavoitteena on voimistaa yksilön sisäistä motivaatiota muutokseen tutkimalla ja selvittämällä ongelmakäyttäytymiseen sisältyvää ambivalenssia eli ristiriitaa.” Nykykäsityksen mukaan motivaatio on suurin muutokseen vaikuttava tekijä. Motivaatioon liittyy moniulotteisuus sekä dynaamisuus ja se on myös altis sosiaalisessa kanssakäymisessä syntyville vaikutuksille. Hoitajan on tärkeää kiinnittää huomio omaan ohjaustyyliin, sillä myös ohjaustyyllillä on vaikutus potilaan motivaatioon. Hoitajan ollessa luottamuksellinen ja avoin, tilanteessa vallitsee avoin kommunikaatio. Jos taas hoitaja on kriittinen ja käännytysintoinen, voi potilaalle syntyä vastarinta. Motivoivaa haastattelua voidaan soveltaa. Motivoivaa haastattelua on esimerkiksi käytetty diabeteksen hoitotasapainon hallintaan sekä sillä on saatu lisättyä potilaiden hoito-ohjeisiin sitoutumista. Peruselementtejä motivoivassa haastattelussa ovat yhteistyö, herättely ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. (Koski-Jännes 2008.)

Muutosvaihemallissa on kuusi vaihdetta; esiharkinnan, harkinnan, valmistautumisen, toiminnan ja ylläpidon vaihe. Viimeisenä vaiheena on retkahdus, joka on osa muutosvaihemallia, mutta se ei välttämättä toteudu kaikilla potilailla. On tärkeää

huomata, että muutos on prosessi ja siihen voidaan vaikuttaa sitä heikentävillä tai tukevilla tavoilla. (Koski-Jännes 2008.)

Esiharkintavaiheessa hoitajan tehtävänä on havahduttaa potilasta, mutta samalla myös arvioida potilaan muutosvalmiutta. Huomion tulisi kiinnittyä niihin seurauksiin, mitä nykyinen tapa voi nyt tai tulevaisuudessa aiheuttaa. Harkinnan vaiheessa tulisi tutkia ristiriitaa ja eri vaihtoehtoja. Muutoksen etuja ja haittoja on hyvä käydä potilaan kanssa läpi. Harkinnan vaiheessa potilaan itseluottamusta tulee tukea sen sijaan, että potilasta painostetaan muutokseen. Valmistautumisvaiheessa potilas on jo suunnitellut muutosta. Hoitajan tehtävänä on auttaa potilasta muutokseen auttamalla suunnitelman teossa ja korostamalla muutossuunnitelman merkitystä. (Koski-Jännes 2008.)

Harkinnan vaihetta seuraa toiminnan vaihe, jossa asiakas- ja ratkaisukeskeisyys ovat olennaisia. Toiminnan vaiheessa hoitaja avustaa selviytymistaitojen harjoittelussa ja palkintojen käytössä. Muutosta myönteisesti tukevia sosiaalisia suhteita kannustetaan hyödyntämään toiminnan vaiheessa. Ylläpitovaiheessa autetaan potilasta löytämään sellaiset tekijät, jotka laukaisevat mielihaluja sekä autetaan löytämään ja soveltamaan retkahduksen ehkäisytekniikoita. Diabetesta ja munuaisten vajaatoimintaa sairastavan potilaan kohdalla retkahdus voi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että potilas jättää noudattamatta ruokavalioon liittyviä ohjeita tai potilas ei noudata lääkettä ohjeiden mukaisesti. Mikäli potilaalle tulee retkahdus, tulee hoitajan olla myötätuntoinen, ei arvostele. Hoitajan tulee tukea uutta muutosyritystä ja tulkita retkahdus potilaan oppimiskokemukseksi. (Koski-Jännes 2008.)

Motivoivan haastattelun neljä tärkeintä periaatetta ovat empatian osoittaminen, ristiriidan voimistaminen tämänhetkisen ja halutun tilanteen välillä, sekä potilaan uskon vahvistaminen siihen, että hän voi muuttua. Motivoivan haastattelun periaatteiden mukaisesti väittelemistä tulisi välttää. Empatian osoittaminen tapahtuu sekä suullisesti, että sanattomasti ilmeiden ja eleiden avulla. Hoitajan empatia ilmenee

samaistumalla potilaan tunteisiin, ymmärtämällä sekä osoittamalla myötätuntoa potilasta kohtaan. (Koski-Jännes 2008.)

Hoitajan tehtävänä on voimistaa potilaan kokemaa ristiriitaa hänen nykykäyttäytymisensä ja hänelle tärkeiden arvojen ja tavoitteiden välillä. Tärkeää on, että potilas kokee itse tarvetta muutokselle ja, että hänelle annetaan muutokseen tarvittava tila. Päätöksentekotaulukolla potilas saa kirjoittaa omia ajatuksiaan ylös siitä, mitä hän kokee myönteisiksi ja haitallisiksi asioiksi nykyisessä tilassaan, sekä mitä haittoja ja myönteisiä asioita voi seurata muutoksen tapahtuessa. Taulukkoa ei tarvitse käyttää mikäli potilas on päätöksensä jo tehnyt. (Koski-Jännes 2008.)

Yksi tärkeimmistä motivaatioon vaikuttavista tekijöistä on potilaan oma usko siitä, että hän voi muuttua. Hoitajan tuki, empatia ja hyväksyntä vahvistavat potilaan uskoa muutoksen mahdollisuudesta. Sekä hoitajan että potilaan luottamus ja optimistisuus edistävät muutoksen syntymistä. Ratkaisut ovat ensisijaisesti asiakkaalla, mutta hoitaja voi tarjota erilaisia vaihtoehtoja potilaalle. Tyrkyttämistä tulisi aina välttää. Strategiaa tulisi vaihtaa silloin kun potilas osoittaa vastustusta. Vastustus voi ilmetä potilaan negatiivisuutena; hän väittää vastaan, keskeyttää tai potilas ei pysy asiassa. (Koski-Jännes 2008.)

Motivoivan haastattelun perusmenetelmiä ovat vahvistaminen, tukeminen, heijastava kuuntelu, muutospuheissa tukeminen sekä potilaan voimavarojen kartoittaminen. Potilaan vahvistaminen ja tukeminen keskustelussa ilmenevät ilmeillä ja eleillä, sekä positiivisen palautteen antamisella silloin kun se on vilpitöntä. Avoimien kysymysten esittäminen antaa enemmän mahdollisuuksia asioiden pohtimiselle, koska potilas ei voi vastata vain kieltävästi tai myöntävästi. Keskustelussa on hyvä käyttää myös heijastavaa kuuntelua, eli hoitaja toistaa potilaan kertomia asioita niin kuin hän on ne ymmärtänyt ja tällä tavoin hakee myös varmennusta kuulemilleen asioille. Heijastavaan kuunteluun voi lisätä myös tiivistelmien ja yhteenvetojen tekemisen, ilman hoitajan omaa tulkintaa. (Koski-Jännes 2008.)

Potilaan muutos lähtee hänestä itsestään, mutta hoitaja voi tukea hänen muutosoptimismiaan. Keskustelussa tulee huomioida se, että potilas itse puhuisi muutoksen puolesta, ei niinkään hoitaja. Hoitajan tulee seurata potilaan muutospuheita ja pyrkiä tukemaan näitä. Muutospuheen merkkejä voivat olla esimerkiksi potilaan omat tunteukset siitä, että hän tunnistaa ongelman, on huolissaan ja ilmaisee huolensa. Muutospuheesta voi kertoa myös potilaan epäsuorat sekä suorat muutosaikeet. Muutosoptimismi tai sitoutuminen voi ilmetä puheessa myös esimerkiksi selkeästi kun potilas toteaa: ”Minä kyllä pystyn tähän!” (Koski-Jännes 2008.)

Haastattelun yhteydessä on tärkeää selvittää kuinka tärkeä muutos potilaalle on ja kuinka kykeneväinen hän siihen on tällä hetkellä. Hoitaja voi pyytää potilasta vastaamaan asteikolla yhdestä kymmeneen. Riippuen numeerisesta arviosta hoitaja kysyy potilaalta syitä tälle arviolle. Esimerkiksi jos potilas arvioi muutoksen tärkeydeksi kolme, voi hoitaja kysyä miksi se ei ole yksi tai kaksi, sekä kuinka arviota saisi kohotettua viiteen tai kuuteen. Tällä tavoin potilaalle hahmottuu myös mitä voimavaroja hänellä on ja mitä keinoja hän voisi hyödyntää muutoksen toteuttamisessa. Muutosta valmistavaan puheeseen kuuluvat halu, kyky, syyt ja tarve. Näiden kaikkien ollessa muutoksen kannalla, potilaalle tulee sitoutumispuhe. Mitä sitoutuneemmin potilas puhuu muutoksesta, sen todennäköisempi on käyttäytymisen muutos. Lopussa hoitaja ja potilas voivat tehdä yhdessä muutossuunnitelman, mikäli potilas on itse siihen valmis. Ideaalia olisi, että suunnitelman toteutumista voitaisiin seurata ja tarpeen mukaan myös muuttaa, mikäli haluttuja tuloksia ei ole syntynyt. (Koski-Jännes 2008.)

6.4 Omahoito -ohjaus

Tutkimuksissa on todettu, että terveysalan työntekijöiden toteuttamaa potilaiden omahoitoa tukevaa työtä tulee kehittää, jotta saadaan parempia tuloksia (Baynouna, Shamsan , Ali, Al Mukini, Al Kuwiti, Al Ameri, Nagelkerke, Abusamak, Ahmed, Al

Deen, Jaber, Elkhaliq, Revel, Al Husaini, Nour, Ahmad, Nazirudeen, Al Dhahiri, Al Abdeen & Omar 2010). Omahoidon käsite on keskeisessä asemassa kun tarkastellaan potilaiden hoitoon sitoutumista. Omahoito on potilaslähtöinen toimintapa, missä potilas suunnittelee hoitoaan yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa. Omahoitoon kannustavan ohjauksen tarkoituksena on, että potilas selviytyy sairauden tuomista oireista, hoidosta sekä psyykkisistä, fyysisistä ja sosiaalisista muutoksista. Tavoitteena on potilaan sairauden tehokas hoitaminen, riskitekijöiden vähentäminen sekä terveydenhuollon voimavarojen oikea kohdentaminen. (Radhakrishnan 2012; Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2010.) Omahoidon merkitys korostuu erityisesti silloin kun potilaiden hoitokontaktit hoitohenkilökuntaan ovat yhteensä vain muutamia tunteja vuodessa. Tällöin hoitohenkilökunnan merkitys potilaan hoidossa on lähinnä potilaan hoitotasapainon seurannassa, hoidon suunnittelussa ja potilaan ohjaamisessa. (Säynäjäkangas, Andersén, Lampela & Keistinen 2011.)

Omahoidon on todettu olevan tehokas hoitomenetelmä pitkäaikaissairauksien hoidossa. Omahoito –ohjauksen avulla potilasta voidaan myös kannustaa terveellisiin elintapoihin, sillä usein potilaat sitoutuvat lääkehoitoon terveellisiä elintapoja paremmin. (Kaisanlahti 2011.) Hoitohenkilökunnan näkökulmasta omahoidossa keskeisintä on potilaan aktiivisuuden, ongelmanratkaisutaitojen sekä vastuun ottamisen lisääminen. Parhaat tulokset potilaan omahoidolla saavutetaan, kun potilas kokee saavansa sairauden hoidosta itselleen jotain konkreettista hyötyä. (Routasalo ym. 2010; Säynäjäkangas ym. 2011.) Hoitohenkilökunnan tulisi ottaa huomioon potilas yksilönä omine voimavaroineen ja kykyineen mukaan lukien potilaan elämänhistoria ja elinympäristö (Kaisanlahti 2011). Ammattihenkilöiden tehtävänä onkin selvittää potilaiden taustoja esimerkiksi kyselykaavakkeiden avulla tai hyödyntämällä aiempia kirjauksia potilastietojärjestelmistä (Routasalo ym. 2010). Potilaan taustojen lisäksi omahoitoon sitoutumista saattavat heikentää myös esimerkiksi masennus ja siihen liittyvät epäonnistumisen ja syyllisyyden tunteet sekä pettymykset ja väsymys, jotka tulisi ottaa huomioon potilaan hoitosuunnitelmaa tehtäessä (Kaisanlahti 2011).

Kerätyn tiedon avulla hoitohenkilökunta voi auttaa potilasta suunnittelemaan itselleen sellaisen hoitosuunnitelman, mitä potilas pystyy noudattamaan omassa arjessaan (Routasalo ym. 2010). Omahoito –ohjauksessa annettujen hoitosuosittelujen tulisi olla käytännön läheisiä ja konkreettisia (Kaisanlahti 2011). Omahoito -ohjauksessa tulisi myös tukea potilaan autonomiaa, motivaatiota, voimaantumista sekä pystyvyyden tunnetta (Routasalo ym. 2010). Annetun omahoito – ohjauksen jälkeen on tärkeä kirjata huolellisesti, jotta potilaan omahoidon vaikuttavuutta voidaan seurata myös myöhemmin (Kaisanlahti 2011).

Diabeteksen hoidossa omahoito on ollut keskeinen hoitomenetelmä jo pitkään, mikä vuoksi erilaisten omahoito interventioiden todellista vaikuttavuutta on vaikeaa arvioida tarkoin potilaiden hoitotasapainon näkökulmasta. Omahoito –ohjaus interventioilla on kuitenkin pystytty vaikuttamaan diabetesta sairastavien potilaiden soke-ritasapainoon, painonhallintaan ja verenpaineeseen. (Routasalo ym. 2010.)

Tutkimuksissa on todettu, että potilaiden omahoitoon sitoutumista parantamalla voidaan parantaa diabeteksen ja muita pitkäaikaissairauksia sairastavien potilaiden hoitotasapainoa ja yleistä terveydentilaa. Omahoidon ohjauksella voidaan parantaa potilaiden ongelmanratkaisutaitoja ja hidastaa pitkäaikaissairauden etenemistä. Eri-tyisesti omahoitoon panostavalla ohjauksella voidaan vähentää sairaalakäyntejä sekä käyntejä päivystyspoliklinikalla. Omahoidon ohjauksella voidaan vähentää terveydenhuollon kustannuksia myös perusterveydenhuollossa. (Radhakrishnan 2012; Su, Lu, Chen & Wang 2009.)

6.5 Sairaanhoitaja ohjaajana

Sairaanhoitajien vastuulla olevia ohjauskeskusteluja on tutkittu viime vuosikymmenen aikana ja niitä on myös suosittu osana terveyden edistämistä sekä sairauksien hoitoa. Useissa sairaanhoitajien ohjausta tutkivissa tutkimuksissa itse tutkijat eivät

kuitenkaan ole olleet sairaanhoitajia, minkä vuoksi tutkimusten luotettavuus ei ole riittävä. (Suhonen, Välimäki & Leino-Kilpi 2008.)

Sairaanhoitajien toimintaa ohjaavat sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Sairaanhoitajan tehtävänä on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, ehkäistä sairauksia ja lievittää kärsimyksiä. Sairaanhoitaja on ensisijaisesti vastuussa toiminnastaan potilaille, jotka tarvitsevat sairaanhoitajan apua tai tukea. Sairaanhoitajan tulee ottaa huomioon työssään potilaan henkilökohtaiset arvot, vakaumukset sekä erilaiset tavat. Lisäksi tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja antaa potilaalle mahdollisuus ja keinoja vaikuttaa potilaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon. (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996.)

Kasvaminen taitavaksi ohjaajaksi ei tarkoita sitä, että jokaisen ohjauksen tulisi sujua aina hienosti ja laadukkaasti. Ohjaukseen kuuluu jatkuva epävarmuus, johon kuuluu avun ja tuen pyytäminen omalta työyhteisöltä ja työkavereilta. Välillä ohjattavan taholta saattaa huokua pelkoa ja vihaa, myös ohjaaja itse voi tuntea pelkoa ja vihaa. Joskus ohjaaja tuottaa pettymyksen ryhmälle tai ohjattavalle, mutta ohjaajan tulee muistaa, että aina ei voi olla mukava vaan joskus täytyy uskaltaa pysähtyä vaikeiden asioiden äärelle. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 142.)

Ammatillisessa ohjauksessa tavoitteena on luoda dialogi, joka on osallistava, huolehtiva, auttava ja molemmin puolin kehittävä. Merkittävintä on molempien osaamis-
pääoman ja kasvuosaamisen kehittyminen prosessissa. Toista kuuntelemalla oppii pohtimaan asioita eri näkökulmista ja kuulija ymmärtää, että yksittäisen ihmisen käsitys maailmasta on vain rajallinen. Ohjauksen tarkoituksena on pukea sanoiksi asioita, joita ei aiemmin ole sanottu, sekä samalla tehdä näkyväksi taustalla vaikuttavien ajatusten ja toimintojen tietoperustaa. Tätä voidaan kutsua hiljaiseksi tiedoksi. (Vänskä ym. 2011, 142–143.)

7 Ohjauksen vaikuttavuus

7.1 Vaikuttava ohjaus

Laadukkaalla ohjauksella on todettu olevan vaikutusta potilaiden terveydentilaan. Laadukkaan ohjauksen on todettu vaikuttavan potilaan toimintakykyyn, elämänlaatuun, hoitoon sekä itsehoitoon sitoutumiseen, kotona selviytymiseen ja itsenäiseen päätöksentekoon. Ohjauksella voidaan lisätä myös potilaan tiedon määrää hoitoonsa liittyen sekä sillä voidaan kohottaa potilaan mielialaa, mikä voi ilmetä ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden vähentymisenä. Arviolta 5 % Suomen aikuisväestöstä sairastaa kliinisesti merkittävää depressiota. Suurimmalla osalla depressiota sairastavista potilaista on lisäksi ahdistuneisuushäiriö. Depressiolla on suoria yhteiskunnan taloutta heikentäviä vaikutuksia, sillä se lisää työkyvyttömyyseläkkeiden ja sairauspäivien määrää ja vaikeuttaa päivittäisestä elämästä selviämistä. (Kyngäs ym. 2007, 145; Depressio 2013.) Diabetes ja sen hoito herättää paljon tunteita, jotka on tärkeä ottaa huomioon potilaiden hoidon ohjauksessa. Esimerkiksi matalat verensokerit saattavat aiheuttaa pelkoja ja erilaisia negatiivisia tunteita potilaassa. (Rintala 2014, 68.)

Potilaan oikeutta tiedonsaantiin ohjaa laki (L 785/1992), joka sanoo, että ” potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoidostaan.” Lakia potilaan asemasta ja oikeuksista voidaan pitää siis ohjauksen perusteena. Ohjaus voidaan toteuttaa tavoitteellisin, sisällöllisin ja menetelmällisin tavoin, jolloin sen vaikuttavuutta voidaan tutkia ja tarkastella myös eri näkökulmista. Ohjauksella on muun muassa saatu vähennettyä lisäsairauksien, hoitokäyntien sekä sairauspäivien määrää. Näiden vuoksi ohjauksen vaikuttavuutta voidaan arvioida yksilön näkökulmasta, jolloin merkitsevät yksilön kokemukset ohjauksen tiedonannosta ja tuesta. (Kyngäs ym. 2007, 145.)

Ohjaus on väylä, jonka avulla voidaan vaikuttaa yksilön hyvinvointiin. Ohjauksen vaikutuksia yksilölle voidaan myös arvioida. Vaikuttavuutta voidaan arvioida lisäksi yhteisön näkökulmasta, jolloin tarkastellaan lähemmin ohjauksen taloudellisia, kansanterveydellisiä sekä yhteiskunnallisia hyötyjä. Tästä näkökulmasta yhteiskuntapoliittisilla päätöksillä on todennäköisemmin suuremmat vaikutukset terveyttä ja hyvinvointia edistäviin muutoksiin verrattuna yksilöohjauksien vaikutuksiin. (Kyngäs ym. 2007, 145, 148.) On todettu, että sepelvaltimotautia sairastavien ohjauksella saadaan pystyä vähentämään terveydenhuollon kokonaiskustannuksia ja parantamaan elämänlaatua. Tutkimuksessa todettiin myös, että ei ole olemassa vahvaa näyttöä siitä, että ohjaus vaikuttaisi vähentävästi sairastavuuteen tai kuolleisuuteen. (Brown, Clark, Dalal, Welch & Taylor 2011.) Toisaalta taas tutkimuksessa, joka käsitteli keuhkohtaumataudin pahenemisvaiheessa olevia potilaita, todettiin että toteutetut toimintasuunnitelmat eivät millään tavoin vähentäneet hoitoon menemistä ja täten myöskään terveydenhuollon kustannuksia. (Walters, Turnock, Walters, Wood-Baker 2010.)

Vaihtelevista tutkimustuloksista huolimatta pitkäaikaissairaiden potilaiden ohjaus on kuitenkin tärkeää ja sitä voidaankin pitää yhtenä hoidon keskeisenä kulmakivenä. Ohjauksen avulla voidaan lisätä potilaiden uskoa heidän omiin kykyihinsä ja sitä kautta lisätä omahoidon vaikuttavuutta. Ohjauksilla saavutetaan kuitenkin pidempiaikainen hyöty vain säännöllisten kertausten avulla. (Joanna Briggs Institute 2011.)

Vaikuttavaan ohjaukseen sisältyy erilaisia ohjaus- ja vuorovaikutustapoja, sekä sosiaalista tukemista ja positiivista seuraamista. Vaikuttavan ohjauksen tunnuspiirteisiin kuuluu tavoitteiden yhdessä asettaminen, sopivien ratkaisuvaihtoehtojen huolellinen etsiminen sekä asiakkaan oma arviointi. Vaikuttavassa ohjauksessa yhdistetään eri ohjausmenetelmiä ja ohjauksellisia sekä lääketieteellisiä interventiota organisaation toimintatapojen mukaisesti. Ohjauksessa tulisi hyödyntää eri asiantuntijoiden ja ulkopuolisten jäsenten sosiaalista tukea. Ohjauksen onnistumista on tärkeä seurata,

jotta sen vaikuttavuutta voidaan arvioida ja sitä voidaan tarvittaessa kehittää. (Kynäs ym. 2007, 147.)

7.2 Ohjauksen vaikutukset omahoitoon yksilö- ja ryhmäohjauksessa

Monissa tutkimuksissa on noussut esille, että yksilöohjauksella on saatu parempia hoidon tuloksia, kun taas joissain tutkimuksissa eroa ei juuri ole ollut (Duke, Colagiuri & Colagiuri 2009). Tutkimuksissa on todettu, että yksilöohjauksella saatiin merkittävästi vähennettyä diabeetikoiden hypo- ja hyperglykemioita kuuden kuukauden interventioiden aikana (Vadstrup, Frølich, Perrild, Borg & Røder 2011). Diabetesta sairastavien yksilö- ja ryhmäohjauksella on saatu muun muassa laskettua hieman verenpainetta katsottaessa tuloksia 12–18 kuukauden päästä ohjauksen aloituksesta. Asiakkailla systolinen verenpaine laski 4 mmHg ja diastolinen 2 mmHg. (Duke ym. 2009.) Kroonisesti sairaiden hoidon interventioilla on saatu laskettua myös veren rasva-arvoja (Baynour ym. 2010).

Maallikkojohtoisia omahoidon ohjelmia tarkastelevassa tutkimuksessa todettiin pientä, mutta tilastollisesti merkittävää pienenemistä kivussa, pystymättömyydessä ja väsymyksessä. Pientä paranemista todettiin masennuksessa sekä itse arvioidussa yleisterveydessä. Myös tulokset itsehoidon pystyvyydessä, ”uskoa siihen, että osaa hoitaa itseään”, paranivat. (Foster, Taylor, Eldridge, Ramsay & Griffiths 2007.)

8 Pohdinta

8.1 Tulosten tarkastelu

Pitkäaikaissairaahan ohjausta on tutkittu melko paljon niin kansallisella kuin kansainväliselläkin tasolla. Suurin osa pitkäaikaissairaiden ohjausta käsittelevistä tutkimuksista käsitteli yksilöllistä potilasohjausta sekä omahoitoon kannustavaa ohjausta. Lyhyellä aikavälillä tarkasteltuna tutkimusten mukaan ohjauksella ei näytä olevan huomattavaa vaikutusta pitkäaikaissairaiden potilaiden hoitotasapainoon. Tutkimuksissa ilmeni, että kuuden kuukauden aikavälillä tarkasteltuna pitkäaikaissairaiden potilaiden ohjauksella on vain vähäinen merkitys pitkäaikaissairaiden potilaiden hoitotasapainoon.

Pitkäaikaissairaahan ohjauksessa tulee huomioida sairauden vaikutus potilaaseen ja hänen läheisiinsä kokonaisvaltaisesti. Sekä diabeteksen, että munuaisten vajaatoiminnan hoidossa tavoitteena on ylläpitää vähintään potilaan sen hetkistä elämänlaatua ja ehkäistä sairauden etenemistä sekä komplikaatioita. (Ilanne-Parikka 2013; Rönnemaa 2011, 429-430.) Diabeteksen sekä munuaisten vajaatoiminnan hoidossa potilaiden hoitoon sitoutuminen on keskeisessä asemassa, sillä sairauksien hoito vaatii potilaalta aktiivista sairauden seuraamista sekä lääkehoitoon ja terveellisiin elintapoihin sitoutumista. (Ilanne-Parikka 2013; Kilpiö 2012a, Kilpiö 2012b.)

Pitkäaikaissairaajat potilaat kokevat hoitosuunnitelmat vaikeiksi toteuttaa. Laadukkaasti potilasohjauksen avulla voidaan potilaille antaa myös henkistä tukea ja näin lievittää potilaiden sairauteen, hoitosuunnitelmaan ja sen toteutukseen liittyvää ahdistusta. (Radhakrishnan 2012; Bakan & Akyol 2008.) Laadukkaalla ohjauksella voidaan kuitenkin vähentää terveydenhuollon kustannuksia ja pienentää hiukan potilaiden verenpainetasoa sekä veren rasva-arvoja. Potilaat ovat tyytyväisiä erityisesti yksilöllisesti räätälöityyn potilasohjaukseen ja tästä esimerkkinä ovat myönteiset vaikutukset hy-

po- ja hyperglykemioiden vähentymisessä diabetesta sairastavilla potilailla (Vadstrup ym. 2011).

8.2 Luotettavuus ja käytettävyys

Käytimme tiedonhankinnassa luotettavina pidettyjä artikkelitietokantoja, Cochranea, Cinahlia, PubMedia ja Mediciä. Kaikkiin näihin tietokantoihin pääsimme Jyväskylän ammattikorkeakoulun Nelli-portaalin kautta. Tiedonhankinnassa käytimme vain tutkimuksia, jotka olivat ilmaisia ja jotka löytyivät kokotekstinä. Käyttämillämme hakukriteereillä osa tutkimuksista rajautui automaattisesti pois, mikä vaikutti osaltaan myös löydettyjen tutkimusten määrään. Kaikki tutkimuksemme sekä kahta lähdettä lukuun ottamatta myös teorian tietoon käytetyt lähteemme olivat alle kahdeksan vuotta vanhoja.

Tutkimuksissamme monet keskittyivät diabetesta sairastavan potilaan ohjauksesta saatuihin tuloksiin ja omahoitoon. Munuaisten vajaatoiminnan hoidon ohjauksen tuloksista oli vain vähän tietoa. Koimme silti, että erilaisilla pitkäaikaissairauksilla on niin paljon yhtäläisiä piirteitä, että muistakin pitkäaikaissairaiden ohjauksesta saatu tutkimusnäyttö on ensiarvoisen tärkeää. Lopullinen opinnäytetyö ei täysin vastaa toimeksiantajan alkuperäiseen toiveeseen, sillä ohjaus on monien tekijöiden summa. Opinnäytetyön tulosten pohjalta mielestämme tärkeintä on huomioida ohjaukseen ja potilaiden hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä kokonaisvaltaisesti. Opinnäytetyön sisältö selkeytyi tekovaiheessa käsittelemään pääasiassa pitkäaikaissairaahan ohjaukseen yleisellä tasolla, mutta sisällytimme kuitenkin opinnäytetyöhön diabeteksen ja munuaisten vajaatoiminnan toimeksiantajan lähtökohtien vuoksi.

Tämän opinnäytetyön toimeksiantajana oli Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin (KSSHP) sisätautien osasto 11 hoitohenkilökunta. Opinnäytetyötä voidaan kuitenkin hyödyn-

tää myös muissa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toimipisteissä, sillä opinnäytetyön sisältö on yleismaallinen, eikä sisällä tarkkoja ohjesääntöjä pitkäaikaissairaiden potilaiden ohjauksesta tiettyyn ympäristöön. Ohjausta tulee antaa hoitoketjun jokaisessa vaiheessa, sillä se on keskeinen hoitotyön menetelmä riippumatta toimintaympäristöstä, jossa potilaan hoito toteutuu. Työmme käytettävyyttä lisää myös se, että se sisältää tietoa ohjauksesta myös yleisellä tasolla. Koemme, että voimme itse hyödyntää opinnäytetyössä kerättyä tietoa myöhemmin riippumatta siitä, millä terveydenhuollon kentällä työskentelemme.

8.3 Jatkotutkimushaasteet

Tutkimuksissa korostettiin usein sitä, että ohjausta tulee edelleen kehittää. Nykyisellään toteutetut ohjausmallit eivät ole riittävän vaikuttavia, eikä niillä ole saatu tarpeeksi hyvää vastetta omahoidossa tai hoitomyöntyvyydessä. Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista ja yhteiskunnallisesti merkittävää, jos pitkäaikaissairaita, kuten diabetesta ja munuaisten vajaatoimintaa sairastavia potilaita seurattaisiin kuuden kuukauden jaksoa selkeästi pidemmällä aikavälillä. Pidemmällä seurannalla saataisiin selville todelliset tulokset siitä, kuinka hyvin ohjauksella voidaan vaikuttaa potilaiden ja asiakkaiden omahoitoon. Suomalainen hoitotyön tutkimissäätiö on julkaisemassa suositusta pitkäaikaisesti sairaan aikuisen potilaslähtöisestä ohjaamisesta kevään 2014 aikana, mikä tuo varmasti lisää tietoa sekä taitoa ohjauksen toteutukseen.

Lähteet

Adolfsson, E., Smide, B., Rosenblad, A. & Wikblad, K. 2009. Does patient education facilitate diabetic patients' possibilities to reach national treatment targets? A national survey in Swedish primary healthcare. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 27, 2, 91-6. Viitattu 13.4.2014. www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, PubMed.

Alleyne, G., Hancock, C. & Hughes, P. 2011. Chronic and non-communicable diseases: a critical challenge for nurses globally. *International Nursing review*, 58, 328-331. Viitattu 3.4.2014. www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, Cinahl

Bakan, G. & Akyol, A. 2008. Theory-guided interventions for adaptation to heart failure. *Journal of Advanced Nursing*, 61, 6, 596-608. Viitattu 4.4. 2014. www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, Cinahl

Baynouna, L., Shamsan, A., Ali, T., Al Mukini, L., Al Kuwiti, M., Al Ameri, T., Nagelkerke, N., Abusamak, A., Ahmed, N., Al Deen, S., Jaber, T., Elkhaliq, A., Revel, A., Al Husaini, A., Nour, F., Ahmad, H., Nazirudeen, M., Al Dhahiri, R., Al Abdeen, Y & Omar, A. 2010. A successful chronic care program in Al Ain-United Arab Emirates. *BMC health services research*, 22, 10, 47. Viitattu 13.4.2014. www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, PubMed.

Brown, J., Clark, A., Dalal, H., Welch, K. & Taylor R. 2011. Patient education in the management of coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No.: CD008895. Viitattu 12.4.2014. www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, Cohcrane.

Depressio. 2013. Käypä hoito -suositus. Julk. 11.10.2013. Viitattu 25.3.2014. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Terveystietä.

Diabetes. 2013. Käypä hoito -suositus. Julk. 12.09.2013. Viitattu 13.1.2014. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Terveystietä.

Duke, S., Colagiuri, S & Colagiuri, R. 2009. Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD005268. Viitattu 18.4.2014. www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, Cohcrane.

Foster, G., Taylor, SJC., Eldridge, S., Ramsay, J & Griffiths, CJ. 2007. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD005108. Viitattu 12.4.2014 www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, Cohcrane.

Heiskanen, E. 2013a. Hemodialyysi. Duodecim. Viitattu 23.4.2014.
www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, terveystietä, sairaanhoitajan käsikirja

Heiskanen, E. 2013b. Hemodialyysipotilaan ohjaus. Duodecim. Viitattu 23.4.2014.
www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, terveystietä, sairaanhoitajan käsikirja

Ilanne-Parikka, P. 2013. Tyypin 1 diabetes: insuliinihoito. Duodecim. Viitattu 2.2.2014. www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, lääkäriin käsikirja.

Järvala, T., Raitanen, J. & Rissanen, P. 2010. Diabeteksen kustannukset Suomessa 1998-2007. Diabetesliiton ja Tampereen yliopiston osana Kansallista diabetesohjelmaa DEHKO:n julkaisema kustannusraportti. Viitattu 2.2.2014. www.diabetes.fi.

Joanna Briggs Institute. 2011. Aikuisten 2–tyypin diabeetikoiden oraalisen lääkehoidon noudattamista edistävä ohjaus. Best Practice 15, 11. Käännös Suomen JBI yhteistyökeskus: Taskinen, R., Jämsä, H., Markuksela, H., Honka, M. & Ebeling, T. Viitattu 4.4.2014. http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2011-11.pdf

Kaisanlahti, A. 2011. Elintapaohjaus ontuu. Diabetes ja lääkäri 40, 2, 34-36. Viitattu 24.3.2014. www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, medic

Keskeisiä käsitteitä neuvontapalveluista ja kotikäynneistä. n.d. Terveystietä- ja hyvinvoinnin laitoksen internetsivut. Viitattu 2.2.2014. www.thl.fi, tutkimus ja kehittäminen, Työkalut, lääkärin neuvontapalvelut ja hyvinvointia edistävät kotikäynnit, Lait, suositukset, kirjallisuus, käsitteet.

Kilpiö, S. 2012a. Kroonisen munuaisten vajaatoiminnan hoito perusterveydenhuollossa. Duodecim. Viitattu 23.4.2014. www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, terveystietä, sairaanhoitajan käsikirja

Kilpiö, S. 2012b. Munuaisten vajaatoimintapotilaan ravitsemus. Duodecim. Viitattu 23.4.2014. www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, terveystietä, sairaanhoitajan käsikirja

Kilpiö, S. 2012c. Peritoneaalidialyysipotilaan ohjaus. Duodecim. Viitattu 23.4.2014. www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, terveystietä, sairaanhoitajan käsikirja

Koski, S. 2011. Diabetesbarometri. Suomen diabetesliiton julkaisu. Viitattu 8.3.2014. http://www.diabetes.fi/files/1377/Diabetesbarometri_2010.pdf

Koski-Jännes, A. 2008. Motivoiva haastattelu. Powerpoint-diat. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Tampereen yliopisto. http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f275002594/tup_luento030408.pdf

Koskinen, S., Manderbacka, K. & Aromaa, A. 2012. Koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus, 77-80. Artikkelin raportissa Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Toim. S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma. Viitattu 8.3.2014.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1

Kyngäs, H. 2007. Sairastuminen ja sairauden kanssa eläminen. Terveyskirjasto. Viitattu 4.3.2014. www.terveyskirjasto.fi

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Porvoo: WSOY oppimateriaalit.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E., Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede 17, 5, 250-258.

L785/17.8.1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 14.4.2014. Valtion säädöstietopankki Finlex. <http://www.finlex.fi>, Ajantasainen lainsäädäntö.

Martelin, T., Sainio, P., Sulander, T., Helakorpi, S., Tuomi, K. & Koskinen, S. 2007. Toimintakyky. Artikkelin Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa Terveystieteen eriarvoisuus Suomessa, s. 104-121. Toim. H. Palosuo, S. Koskinen, E. Lahelma, R. Prättälä, T. Martelin, A. Ostamo, I. Keskimäki, M. Sihto, K. Talala, E. Hyvönen, E. Linnanmäki. Viitattu 13.3.2014.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8726.pdf

Niskanen, L. 2013. Diabeettinen nefropatia. Duodecim. Viitattu 22.3.2014 www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, terveystietopankki, lääkärin käsikirja.

Noncommunicable diseases. 2013. Maailman terveysjärjestö WHO. Viitattu 8.3.2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>

Pasternack, A. 2012. Munuaisten äkillinen vajaatoiminta. Teoksessa Nefrologia. Toim. A. Pasternack. Helsinki: Duodecim.

Pasternack, A. & Saha, H. 2012. Krooninen munuaistauti, munuaisten krooninen vajaatoiminta ja uremia. Teoksessa Nefrologia. Toim. A. Pasternack. Helsinki: Duodecim.

Pasternack, A., Kööbi, T. & Soimakallio, S. 2012. Munuaistautien diagnostiikka. Teoksessa Nefrologia. Toim. A. Pasternack. Helsinki: Duodecim.

Radhakrishnan, K. 2012. The efficacy of tailored interventions for self-management outcomes of type 2 diabetes, hypertension or heart disease: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 68, 3, 496-510. Viitattu 4.4.2014. www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, Cinahl

Rintala, T.-M. 2014. Diabeteksen näkyvä ja näkymätön läsnäoleminen - Substantiivinen teoria aikuisen diabetesta sairastavan henkilön perheen arkielämästä. Väitöskirja. Tampereen Yliopisto, terveystieteiden yksikkö. Viitattu 3.4.2014. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/94803/978-951-44-9313-3.pdf?sequence=1>

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2010. Pitkäaikaissairaalan omahoidon opastus. *Lääkärilehti* 21, 65, 1917-1923. Viitattu 24.3.2014. www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, medic

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta T. & Pitkälä K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 125, 21, 2351-9. www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, terveysportti.

Rönnemaa, T. 2011. Nefropatian hoito. Teoksessa *Diabetes*. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Rönnemaa, M.-T. Saha & T. Sane. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 3.3.2014. https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_o_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_ty_o/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Saraheimo, M. & Sane, T. 2011. Diabetes lisääntyy. Teoksessa *Diabetes*. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Rönnemaa, M.-T. Saha & T. Sane. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Savikko, N. & Pitkälä, K. 2006. Hoitoon sitoutumisen merkitys ja haasteet. *TABU Lääketietoa lääkelaitsoksesta*. Viitattu 2.2.2014. www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, terveysportti.

Su, C., Lu, X., Chen, W. & Wang, T. 2009. Promoting self-management improves the health status of patients having peritoneal dialysis. *Journal of Advanced Nursing* 65, 7, 1381-9. Viitattu 4.4.2014. www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, Cinahl

Suhonen, R., Välimäki, M. & Leino-Kilpi, H. 2008. A review of outcomes of individualized nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing* 17, 843-860. Viitattu 8.4.2014. www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, Cinahl

Suomen munuaistautirekisteri. 2012. Suomen munuaistautirekisterin vuoden 2012 vuosiraportti. Viitattu 2.2.2014. www.musili.fi, munuais- ja maksaliitto, munuaistautirekisteri.

Säynäkangas, O., Andersés, H., Lampela, P. & Keistinen, T. 2011. Terveystyömalli sopii hyvin astmapotilaan pitkäaikaishoitoon. Lääkärilehti 8, 66, 664-665. Viitattu 24.3.2014. www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, medic.

Vadstrup, E., Frølich, A., Perrild, H., Borg, E & Røder, M. 2011. Health-related quality of life and self-related health in patients with type 2 diabetes: effects of group-based rehabilitation versus individual counseling. Health and quality of life outcomes 7, 9, 110. Viitattu 18.4.2014. www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, PubMed.

Vänskä, K. Laitinen-Väänänen, S. Kettunen, T & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita.

Walters, J., Turnock, A., Walters, E & Wood-Baker, R. 2010. Action plans with limited patient education only for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 5. Art. No.: CD005074. Viitattu 12.4.2014. www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, Cohrane.

Yki-Järvinen, H. 2013. Tyypin 2 diabeteksen hoito ja seuranta. Duodecim. Viitattu 2.2.2014. www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, terveystietä, lääkärin käsikirja.

Yki-Järvinen, H. & Tuomi, T. 2013. Diabeteksen määritelmä, erotusdiagnoosi ja luokitus. Duodecim. Viitattu 13.1.2014. www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, terveystietä, lääkärin käsikirja.